



300 W. Lohman Ave.
 P. O. Box 20000 (575) 541-2500
 Las Cruces, NM 88004 Fax: (575) 541-2733



Solicitud de tarifa reducida



Nombre del solicitante _____ Teléfono _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

La persona nombrada abajo está familiarizada con mi condición o discapacidad y está autorizada a facilitar la información necesaria para verificar mi estado de discapacidad:

Nombre _____ Título _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Firma del solicitante _____ Fecha _____

PERSONAS MAYORES: Pueba de edad (60 años o más) o se requiere tarjeta de Medicare.

Certification

Yo, _____, certifico que según mi (marcar los que aplican)

Examen Personal Archivos de Oficina Archivos de Escuela Archivos de Agencia

Otro _____.

El Solicitante _____ tiene una discapacidad que califica para el autobús reducido.

La discapacidad es permanente temporaria (aproximada duracion _____ meses).

Firma _____

Agencia _____

Fecha _____

Domicilio _____

Teléfono _____

Esta solicitud puede hacerse disponible en diferente forma llamando al (575) 541-2500.